UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1945-1946 — N° 117

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES CLOISONNEMENTS LONGITUDINAUX ET CONGÉNITAUX DU VAGIN AVEC UTÉRUS SIMPLE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 Juin 1946

PAR

François-Xavier, Henri MOUCHE

Né à Bardenac (Charente) le 2 Décembre 1919

Examinateurs de la Thèse — MM. DUBREUIL, professeur, *Président*
RIVIÈRE, professeur
CHARRIER, professeur } *Juges*
MASSÉ, agrégé }

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. PECHADE
20, rue Margaux, 20

1946

MOUCHE (François-Xavier, Henri)

Contribution à l'étude des cloisonnements longitudinaux et congénitaux du vagin avec utérus simple. — Bordeaux, Impr. J. Pechade, 1946, In-8°, 75 p., fig., 1 pl. h. t.

(*Thèse Médecine Bordeaux. 1945-1946. N° 117*)

MOUCHE (François-Xavier, Henri)

Contribution à l'étude des cloisonnements longitudinaux et congénitaux du vagin avec utérus simple. — Bordeaux, Impr. J. Pechade, 1946, In-8°, 75 p., fig., 1 pl. h. t.

(*Thèse Médecine Bordeaux. 1945-1946. N° 117*)

MOUCHE (François-Xavier, Henri)

Contribution à l'étude des cloisonnements longitudinaux et congénitaux du vagin avec utérus simple. — Bordeaux, Impr. J. Pechade, 1946, In-8°, 75 p., fig., 1 pl. h. t.

(*Thèse Médecine Bordeaux. 1945-1946. N° 117*)

MOUCHE (François-Xavier, Henri)

Contribution à l'étude des cloisonnements longitudinaux et congénitaux du vagin avec utérus simple. — Bordeaux, Impr. J. Pechade, 1946, In-8°, 75 p., fig., 1 pl. h. t.

(*Thèse Médecine Bordeaux. 1945-1946. N° 117*)

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1945-1946 — N° 117

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES CLOISONNEMENTS LONGITUDINAUX ET CONGÉNITAUX DU VAGIN AVEC UTÉRUS SIMPLE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 Juin 1946

PAR

François-Xavier, Henri MOUCHE

Né à Bardenac (Charente) le 2 Décembre 1919

Examinateurs de la Thèse

MM. DUBREUIL, professeur, *Président*
RIVIÈRE, professeur
CHARRIER, professeur } *Juges*
MASSÉ, agrégé

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. PECHADE
20, rue Margaux, 20

1946

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. DUPÉRIÉ

ASSESSEUR : M. LABAT

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DENIGÈS, BEILLE, DUPOUY, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDERODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET. PERY,

PROFESSEURS :

MM.		MM.	
Clinique médicale	N.	Zoologie et parasitologie	SIGALAS.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN
Clinique chirurgicale et Gynécologique	CHARRIER	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopedie	LOUBAT.
Clinique d'Accouchements	RIVIÈRE.	Clinique des maladies infectieuses	DAMADE.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY.	Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Anatomie	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique	N.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Medec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Hygiène	N.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	JOULIA.
Médecine légale et déontologie	DERVILLÉE.	Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	RÉCHOU.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Chimie	CHELLE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Pharmacie	VITTE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Physiologie	FABRE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Clin. méd. des mal. des enfants	FONTAN.		

PERRENS (Maladies mentales). FAUGÈRE (Obstétrique)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie	DUFOUR.	Chirurgie générale	MAGENDIE.
Physiologie	N.	id.	POUYANNE.
Médecine Générale	PIÉCHAUD.	Obstétrique	N.
id.	N.	id.	MAHON.
id.	N.	Ophtalmologie	N.
id	BROUSTET.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	N...	Dermatologie et syphiligraphie	N.
id.	SARIC.	Physique médicale	N...
id.	DUBARRY.	Chimie Générale pharmaceutique et toxicologie	CASTAGNOU.
Chirurgie Générale	N...	Histoire naturelle pharmaceutique	GIRARD.
id.	MASSÉ.	Pharmacie	MESNARD.
id.	N...	id.	N.
		Histoire natur. médicale et parasitologie	N.
		Histologie	BROUSSY

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.		MM.	
Médecine opératoire	MASSÉ.	Botanique	GIRARD.
Accouchements	MAHON.	Cryptogamie	GIRARD.
Puériculture	FAUGÈRE.	Pharmacie galenique	MESNARD.
Zoologie et parasitologie	N...	Bactériologie	MOUREAU.
Urologie	N...	Physiologie	Mlle ROUGIER
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Chimie biologique	TAYEAU.
Ophtalmologie	N...	Parasitologie et biologie appliqué	PAUTRIZEL.
Anatomie	J. BEAUVIEUX	Pathologie chirurgicale	J. VILLAR.
Chimie minérale	CASTAGNOU.		CHAVANNAZ.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE

DE MES FRERES PAUL ET ANDRE

A MA GRAND'MERE

A MON PERE

ET A MA MERE

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MON FRERE

A MA BELLE-MERE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE CAPTIVITE

A LA MEMOIRE DE MES CAMARADES
DES FORCES FRANÇAISES DE L'INTERIEUR
TOMBES A L'ENNEMI

A TOUS CEUX

QUI NOUS ONT AIDE DANS CE TRAVAIL

A NOTRE JURY DE THESE

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur G. DUBREUIL

Professeur d'anatomie générale et d'histologie

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Instruction publique

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES CLOISONNEMENTS LONGITUDINAUX ET CONGÉNITAUX DU VAGIN AVEC UTÉRUS SIMPLE

INTRODUCTION

« Qu'importe qu'un autre l'eût dit avant moi si je le dis comme mien ».

PASCAL.

Après les multiples périgrinations des sept dernières années qui, avec heureusement de longues interruptions, nous ont conduit de derrière les barbelés jusqu'en Afrique du Nord, en passant par les bataillons F.F.I. de la Dordogne et le front de l'Atlantique, c'est avec une émotion certaine que nous présentons cet ouvrage, sur la modestie duquel nous ne nous faisons aucune illusion.

Si les cloisonnements longitudinaux et congénitaux du vagin sont des malformations connues depuis très longtemps, pour ne pas dire depuis toujours, il existe dans la littérature très peu de cas concrets et bien étudiés de vagin double ou de cloisonnement presque total du vagin avec utérus simple.

A propos d'un cas que nous avons pu observer personnellement, grâce à l'obligeance de notre camarade le

docteur André Coiquaud, interne des Hôpitaux, nous avons cru intéressant d'en rechercher les cas publiés afin d'éclairer leur classification, dans la mesure du possible, et cela a été pour nous l'occasion de préciser dans notre esprit, avec l'aide d'une extrême bienveillance de M. le Professeur G. Dubreuil, quelques notions bien limitées de l'embryologie du conduit utéro-vaginal.

Une large révision, faite aux sources mêmes des cas déjà publiés, nous a permis d'étudier les observations relatant les cloisonnements longitudinaux et congénitaux du vagin. Nous les avons classées, et nous reproduirons les cas les plus typiques qui résument, en quelque sorte, les cloisonnements les plus fréquents et selon les divers degrés que l'on peut rencontrer.

Nous avons ensuite étudié les diverses théories embryologiques, en développant particulièrement celle qui nous a paru la plus complète en même temps que la plus apte à expliquer les diverses malformations des organes génitaux femelles et plus spécialement celles du vagin correspondant avec un utérus simple.

Pour la présentation de notre étude, nous avons classé les différents chapitres qui la composent d'après le plan suivant :

1° Observations ; 2° Embryologie (notions) ; 3° Pathogénie et étiologie ; 4° Anatomie pathologique et symptomatologie ; 5° Diagnostic ; 6° Pronostic ; 7° Traitement ; 8° Conclusions.

Nous tenons à remercier ici le Docteur Crozat (service du Professeur Darget) qui a bien voulu se charger de l'exécution des dessins représentés dans le texte.

HISTORIQUE

La question de la biparité vaginale a été soulevée depuis longtemps. La première dissection daterait de 1557 et serait dûe, selon Morgagni, à Antoine Catti.

Bartholin (1651) parle d'une femme qui, présentant deux vagins, l'un étroit, l'autre large, devint enceinte et accoucha par ce dernier.

P. Borelli (1670) cite le cas d'une jeune fille ayant deux vulves, l'une au-dessus de l'autre, deux vagins et deux utérus distincts.

Purcell, à l'autopsie d'une femme morte au neuvième mois de sa grossesse, trouva deux utérus et deux vagins distincts. Un des vagins se terminait en cul-de-sac, sans orifice inférieur.

Saviard (1702) décrit un monstre présentant au milieu de malformations diverses, incompatibles avec la vie, deux vagins et deux utérus.

Littré (1705), dont nous rapportons par ailleurs l'observation complète, parle d'une petite fille ayant deux vagins et deux utérus.

Antoine Dubois (1814) rapporte l'observation d'un sujet ayant deux utérus presque horizontaux, munis de deux vagins très étroits qui s'ouvraient, ainsi que le rectum, dans une sorte de cloaque imperforé.

Fraenkel (1825) décrit deux cas avec deux vagins fortement écartés l'un de l'autre à leur partie supérieure

et aboutissant chacun à un utérus très petit portant une trompe et un ovaire.

Le rectum, réduit à une ampoule conique, venait se placer entre les deux utérus.

Depaul (1865) déposa au musée Dupuytren une pièce où se trouvent deux utérus distincts aboutissant à deux vagins complètement séparés, dont l'un communique avec l'intestin.

Les publications contemporaines, relativement nombreuses, concernant les malformations congénitales du vagin et plus particulièrement les cloisonnements, nous apprennent que ces derniers peuvent être transversaux ou longitudinaux.

La plupart des auteurs (Barthélemy, Claude Bernard, Clementi, Grasset) développent plus spécialement le chapitre ayant trait aux cloisonnements transversaux parce que, disent-ils, ces malformations offrent un intérêt certain au point de vue du diagnostic, en raison des troubles fonctionnels qu'ils provoquent (hématocolpos, pyocolpos) ; et, pour certains d'entre eux, les cloisonnements longitudinaux du vagin ne sont que « des malformations curieuses dont l'existence, une fois révélée, commande le toucher qui reconnaitra le deuxième utérus » (Barthélemy).

Les traités classiques citent comme relativement fréquent l'éventualité du vagin double avec utérus double, comme c'est le cas, à l'état normal, chez les Marsupiaux, ou d'utérus double avec vagin simple, cette éventualité se retrouvant chez presque tous les Mammifères, mis à part certains Singes de l'espèce supérieure ; mais ils sont très discrets sur la possibilité de rencontrer des vagins doubles avec utérus simple.

Faure et Siredey citent très rapidement la possibilité d'une persistance partielle d'une cloison vaginale sans approfondir et ne soulignent uniquement que les cas de vagin double avec utérus double.

Forgue et Massabuau reflètent à peu près la même opinion, et parlent seulement de la possibilité de « cloisonnement longitudinal partiel », la cloison n'existant que dans la partie inférieure du vagin dans laquelle la fusion des canaux de Müller se fait plus tardivement ou bien encore « la cloison est incomplète et perforée par endroits ».

Jayle, dans son traité de gynécologie, ne cite même pas l'hypothèse de cloisonnement total ou subtotal du vagin avec utérus simple, mais seulement celui d'un cloisonnement longitudinal partiel à la partie toute inférieure du vagin, tel qu'il s'agit plutôt d'une bride que d'un véritable cloisonnement.

Brindeau (in Encyclopédie médico-chirurgicale) cite cependant la possibilité de l'existence d'une cloison longitudinale presque complète du vagin avec utérus simple, « les deux extrémités des index introduits dans chaque vagin pouvant se rencontrer en avant d'un col utérin unique », mais il ne cite aucune référence ni ne rapporte aucune observation.

Descamps (1929) dit dans « la Gynécologie » :

« Avec un vagin double, toutes les formes anatomiques de l'utérus sont possibles depuis l'utérus didelphe jusqu'à l'utérus simplement arqué. Nous savons aussi que l'utérus peut être tout à fait normal. *Dans ce cas, le vagin se termine en cul-de-sac* contre le col, et Breisky signale que, fréquemment, le vagin fermé contourne en légère spirale le vagin ouvert ».

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Due à l'obligeance du Docteur André Coiquaud

Le 14 mai 1945, nous sommes appelé par un médecin militaire, requis d'extrême urgence, auprès de Mademoiselle S... (20 ans), qui présentait une hémorragie génitale assez importante et brutale pour donner, en une heure, des signes d'anémie intense.

Nous nous trouvons en présence d'une malade dont la pâleur et l'état d'anémie frappent : lèvres absolument décolorées, pouls filant, et, à cet état d'anémie, s'ajoutent des signes concrets d'hémorragie; le lit est presque transformé en une mare de sang, de nombreuses serviettes sont souillées, et une cuvette pleine contient du sang laqué en voie d'organisation.

En évitant le plus possible de ne pas fatiguer la malade, nous en obtenons globalement les renseignements suivants :

Au début d'un coït qui ne semble pas avoir été le premier, elle a ressenti une vive douleur, et rapidement présenta une hémorragie génitale telle, qu'on dut la transporter chez elle en voiture assez rapidement.

Lors du premier examen, on pratique un toucher vaginal avec un seul doigt. L'introduction de ce dernier est aisée, sans qu'on sente d'hymen net; le vagin paraît de dimensions normales; la muqueuse est lisse et régulière, mais on ne parvient pas à sentir le col. Cependant, le palper bimanuel permet de sentir très nettement le relief de l'utérus. Celui-ci est petit, et le col est facilement deviné à bout de doigt, mais on a l'impression qu'une fine membrane sépare le fond du cul-de-sac vaginal de l'orifice du col.

Afin de mieux apprécier le relief utérin, on retire alors l'index pour pratiquer un toucher vaginal à deux doigts; et l'on est frappé par la sensation curieuse que donne alors la muqueuse vaginale qui paraît comme dépolie. Enfin, on sent nettement, au fond du vagin, un col petit, normal, que le palper bimanuel identifie bien avec celui qu'on sentait précédemment.

On pensa alors à l'éventualité d'une dualité vaginale dont un seul vagin correspondrait au col utérin. On introduisit facilement l'index à gauche, le médius à droite, la main droite étant en supination, et l'on mit nettement en évidence une cloison médiane, longitudinale, régulière, semblant à priori diviser le vagin en deux portions égales.

Etant donné l'état urgent de la malade qui continuait à saigner, on décide de la transporter au centre chirurgical du Bataillon Médical 436 et de l'hospitaliser dans une chambre d'A.F.A.T.

En introduisant chaque branche d'un speculum dans chacun des compartiments du vagin, on confirme l'existence d'une cloison médiane, verticale, et tandis que la muqueuse du côté droit est lisse et régulière, elle paraît moins régulière du côté gauche, et au niveau de la partie médiane de la face postérieure, on voit battre, à jet rouge et saccadé, une petite artère vaginale.

On mèche la portion vaginale gauche avec des compresses imbibées d'eau oxygénée. Et, profitant d'une réserve importante de sang conservé, qui n'avait plus son utilité du fait de l'armistice, on fait à la malade un litre et demi en perfusion, ainsi que les toni-cardiaques d'usage (Cl. Massé, Lavril).

L'hémorragie a cessé dès le tamponnement, et l'état général se relève rapidement.

Chaque jour, les mèches sont imbibées d'eau oxygénée et on les enlève le cinquième jour. La paroi vaginale ne saigne plus.

On en profite pour examiner plus complètement la malade sous anesthésie.

Figure 1

Figure 1 bis

Dr J. CROZAT.

Après avoir passé des crins doubles dans les petites lèvres, afin de bien voir l'entrée du vagin, on pratique d'abord la photographie (voir fig. I et I bis).

L'introduction de l'index, de chaque côté de la membrane, permet de constater ensuite que celle-ci est très approximativement médiane, sagittale, d'une épaisseur régulière de 8 à 10 mm. environ sur toute son étendue, de consistance ferme, charnue, mais assez dépressible cependant. La terminaison vulvaire est exactement au niveau de l'orifice vaginal, ne dépassant pas celui-ci; elle est sur le même plan que quelques débris de caroncules myrtiformes, qu'on retrouve sur tout le pourtour du vagin, mais dont la disposition respecte la cloison elle-même.

Quant à son extrémité profonde, elle ne fait pas corps avec le canal utérin, comme nous l'avions pensé lors de notre premier examen, mais elle se termine en s'effilant rapidement à quelques millimètres à peine du col utérin, comme l'indiquent les schémas 2 et 3.

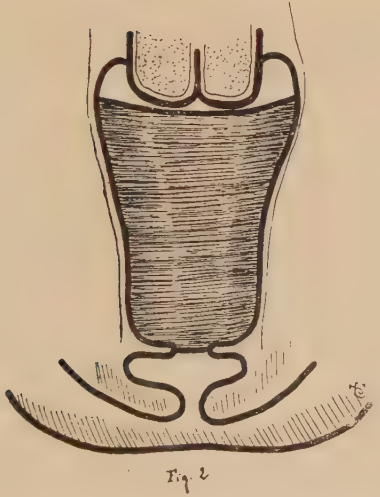

Fig. 2

Membrane vue par une de ses faces

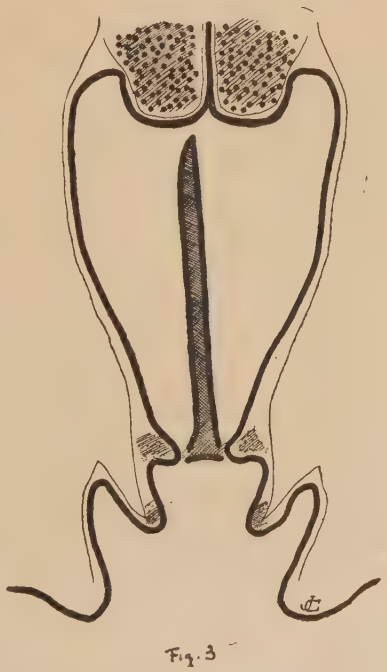

Fig. 3

Coupe longitudinale dorso-ventrale.

On peut même se demander si cette cloison, adhérant primitivement en un point du col utérin, n'aurait pas été séparée de celui-ci par les différents examens.

Son implantation vaginale se fait en s'évasant légèrement en entonnoir, en avant comme en arrière, comme l'indique le schéma 4.

Le vagin lui-même est bien divisé en deux parties à peu près égales, cependant sa partie droite est un peu plus large, comme cela est nettement visible sur la figure I.

De plus, la muqueuse semble plus régulière, plus dépressible et plus épaisse a droite qu'à gauche, l'introduction de deux doigts est largement possible de chaque côté.

Le col est unique, ayant l'aspect classique d'un col de nullipare; les culs-de-sacs vaginaux sont normaux quoique peu profonds. On peut facilement atteindre le col par le côté droit comme par le côté gauche du vagin.

Fig. 4

Le palper bimanuel, toujours sous anesthésie et en légère position de Trendelenbourg, met en évidence une masse utérine de petite dimension qui paraît bien être un utérus simple.

Le toucher rectal n'apporte aucun élément nouveau.

L'examen général ne décèle rien de particulier. La malade est de taille normale et on ne relève rien de spécial dans ses antécédents. Elle a été réglée à 14 ans. Règles normales en abondance, mais survenant de façon irrégulière, et légèrement douloureuses.

La malade est sortie du centre chirurgical avancé le dixième jour, en parfaite santé, et décidée, lorsque cela sera possible, à subir les examens et l'intervention nécessaires.

Le 7 mai 1946, nous revoyons la malade à Bordeaux. L'état local est exactement le même. On pratique une hystéro-salpingographie représentée sur la figure 5.

Celle-ci montre une masse utérine très déjetée à droite au moment de l'examen, dont l'image n'est pas très complète et régulière, mais, ce que nous pensons comme le plus interessant : les cornes utérines sont nettement marquées, et les

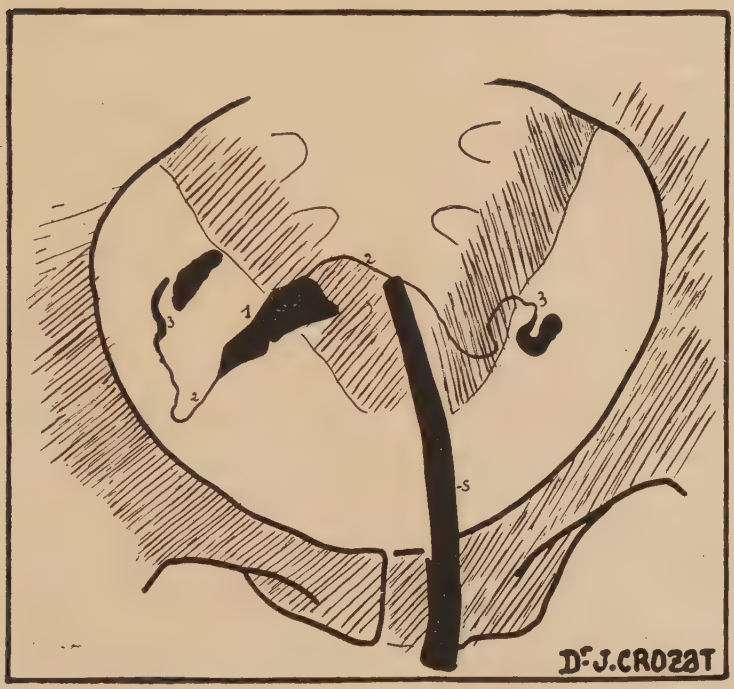

Fig. 5

Calque radiographique dû à l'obligeance du Dr J. Crozat (Service du Pr Darget)

1. Fond utérin.
2. Isthme de la trompe.
3. Pavillon.

S. Sonde ayant servi à l'injection du lipiodol.

trompes ont été injectées simultanément, ce qui semble bien prouver qu'on est en présence d'un seul corps utérin. L'intervention eut lieu immédiatement (A. COIQUAUD, PUIG, Cl. MASSÉ).

Sous anesthésie à l'éther, on sectionne, en ligaturant de proche en proche au catgut chromé n° 1, la membrane intravaginale en avant et en arrière au ras de son implantation.

Les suites opératoires furent normales et la malade est sortie de la clinique le 13 mai 1946.

Un examen histologique de la cloison fut pratiqué par M. le professeur DUBREUIL, dont voici le compte-rendu :

Examen 11.059

Cloison vaginale déposée par le docteur COIQUAUD.

Après fixation au liquide de Bouin, la cloison a été sectionnée suivant sa plus grande largeur; elle mesure 28 mm. de long sur 7 de large, dans la région moyenne.

Sa constitution est très simple, lame épaisse, conjonctivo-musculaire vascularisée, doublée d'épithélium malpighien sur les deux faces.

La lame axiale est faite d'un tissu conjonctif dense, semi-fibreux, à éléments délicats (surtout des fibres conjonctives contenant des vaisseaux), parfois arrondis et comme ectasiés, à parois propres très réduites, tantôt simples fentes vasculaires vides, il y a des vaisseaux sanguins et des fentes lymphatiques, peu de capillaires vrais. De nombreux faisceaux de fibres musculaires lisses parcourent cette lame, surtout dans le sens longitudinal, revenus sur eux-mêmes au moment de la fixation, ils ont dû réduire sensiblement la longueur de la cloison.

Sur les deux faces existe un derme plutôt fibreux et dense, sans couches différenciées, avec quelques vaisseaux ectasiés et pleins de sang. Ce derme est recouvert par un épithélium malpighien, du type de celui des muqueuses dermo-papillaires, à noyaux conservés jusque dans les couches lamelleuses su-

perficielles Sur une des faces, l'épithélium est notablement plus épais que sur l'autre face (la première correspondant au côté droit).

L'épithélium manque aux deux extrémités de la cloison, soit qu'il y ait eu abrasion par section sur un bout, soit qu'il y ait eu desquamation à la suite d'examen ou de manoeuvre opératoire.

En résumé, type de cloison de vagin, peu épaisse, sans tissu caverneux ou vasculaire très développé et à deux faces.

OBSERVATIONS N°* 2 et 3
(*Résumées*)

Deux cas d'une opération particulière de vagin double.
Professeur Zomakion, d'Ekaterinoslaw
(Zentralbl. für Gynäk, 1925, XLIX 36 - 2021)

Premier cas : Jeune femme, âgée de 23 ans. Réglée à 13 ans. Règles normales et régulières d'emblée. Souvent malade dans l'enfance. Une fois mariée est restée trois ans sans avoir d'enfant, la menstruation demeurant tout à fait normale par ailleurs. Le coït n'est généralement pas douloureux, mais il arrive que, l'introduction de l'organe sexuel mâle étant trop pénible pour la jeune femme, le coït ne peut avoir lieu.

Au moment de l'observation, la malade est normalement développée.

Lors de l'examen du vagin, on remarque que ce dernier est divisé en deux par une cloison verticale charnue et résistante. L'introduction d'un doigt dans l'orifice gauche est douloureuse et, du même côté, le conduit vaginal, dans lequel s'abouche l'utérus, est plus profond qu'à l'état normal. L'orifice droit du vagin permet, sans douleur, l'introduction de deux doigts. Par le toucher, on aboutit dans un cul-de-sac, sans trouver de col utérin.

Dans toute sa longueur, le vagin est divisé par une cloison présentant deux épaississements, le premier dans la partie su-

périeure, l'autre plus important dans le tiers inférieur. La partie moyenne du septum est extrêmemnt mince.

L'utérus, en antéflexion, est de forme et de volume normaux. Rien à signaler du côté des annexes.

La malade avait été auparavant examinée par deux chirurgiens différents qu'elle était allée consulter au sujet de sa stérilité. Il est à peu près incompréhensible qu'aucun d'eux n'ait noté cette malformation. Vraisemblablement, aucune relation n'avait été établie entre elle et la stérilité de la malade. Celle-ci fut alors avertie de l'anomalie de ses organes génitaux externes, qui était vraisemblablement la cause de sa stérilité, et une opération fut décidée, à laquelle elle voulut bien consentir.

Le 19 octobre 1913, sous anesthésie au chloroforme, la section complète de la cloison fut pratiquée. L'hémorragie fut minime. Les deux bords de la plaie furent retournés, puis cousus au catgut. Les suites opératoires étant normales, la malade se leva au huitième jour.

Le premier rapport, non douloureux, eut lieu quelques jours après. A la fin du troisième mois qui suivit l'opération, la jeune femme se trouva enceinte. Elle donna naissance à un enfant de 7 livres 1/2, sans qu'il y ait eu rupture du périnée. Les suites de couches furent normales.

Un mois après l'accouchement de la malade, on pratiqua un examen gynécologique.

Les restes de la cloison vaginale étaient intacts, et constituaient en quelque sorte deux petits soulèvements sur les parois antérieure et postérieure.

Trois mois après l'accouchement, cette jeune femme devint enceinte de nouveau; mais, ayant contracté une fièvre typhoïde, elle fit un avortement spontané à cinq mois, suivi d'une abondante hémorragie.

Quelques mois après sa guérison, alors que, très faible, elle relevait à peine de sa maladie, la malade se trouva de nouveau enceinte. Mais, eu égard à sa grande faiblesse, et d'après les

conseils d'un médecin; on fit un avortement qui s'avéra fort laborieux.

Nous avons revu cette femme en janvier 1918; elle paraissait très épuisée. Dans les deux dernières années, elle avait eu le typhus exanthématique, puis le typhus récurrent et avait fait deux avortements.

Elle dit que ces avortements répétés et la crainte d'une nouvelle maternité l'avaient épuisée davantage que ses maladies successives, et elle nous pria de la soustraire à l'éventualité d'une nouvelle grossesse.

L'examen montra que les restes de la cloison étaient encore perceptibles. On proposa alors à la malade une opération qui aurait pour but de reformer le vagin borgne qu'elle présentait auparavant.

Elle accepta.

L'avivement et la réunion des deux portions de la cloison furent difficiles à exécuter, surtout au tiers interne, là où les restes du septum étaient minimes. Dans cette position, la nouvelle cloison devint extrêmement tendue et présenta même un certain étranglement.

Les suites opératoires furent normales.

Examen douze jours après l'opération. La cloison était reformée dans toute la longueur de la cavité vaginale. Les deux vagins étaient facilement accessibles au toucher.

Le premier coït, très douloureux, eut lieu six semaines après l'opération. Quatre mois plus tard, la malade était redevenue en parfaite santé.

Le vagin borgne, à droite, était assez large pour permettre l'introduction non douloureuse de deux doigts.

Dans son tiers inférieur, la cloison était épaisse et charnue, plus mince et légèrement élastique dans les deux tiers supérieurs.

L'introduction du doigt dans le vagin gauche était douloureuse. La malade s'était habituée à son nouvel état.

Nous avons eu la possibilité de la suivre pendant quatre ans après sa dernière opération. Elle ne devint jamais enceinte et se montra très satisfaite.

Deuxième cas : Jeune femme de 28 ans. Réglée à 16 ans. Règles douloureuses, régulières et peu abondantes. Mariée à 25 ans, donc depuis trois ans. Elle a présenté plusieurs affections pulmonaires, dont deux pleurésies et une pneumonie.

Elle devint enceinte, un an après son mariage. Au cinquième mois de sa grossesse, elle consulta son médecin qui diagnostiqua une malforation utérine, en même temps qu'il découvrait un vagin double. Il engagea sa cliente à entrer dans une clinique au moment de l'accouchement. Elle donna naissance, au neuvième mois, à un enfant normalement constitué. Le travail s'effectua régulièrement, mais lors de la traversée du conduit vaginal par la tête foetale, la cloison se déchira dans toute sa longueur, ce qui déclancha une hémorragie très abondante.

Les suites de couches furent normales, mais, pendant un certain temps, la malade se sentit faible et son état pulmonaire empira. Au cours des deux dernières années, elle fit deux avortements très laborieux.

Etat actuel : La malade est amaigrie, pâle, avec obscurcissecement du sommet du poumon droit, dénonçant une tuberculose en activité.

Les organes génitaux externes sont normalement développés; mais on est frappé par l'extériorisation d'une sorte de langue charnue appartenant à la cloison inférieure du vagin. La cavité vaginale présente des irrégularités. L'orifice externe du col utérin est « dur comme de la pierre » (steinartig) et dévié vers la gauche.

Au tiers supérieur, on note l'absence complète de cloisonnement. Le conduit vaginal est normal.

Au tiers moyen de la cavité, on aperçoit encore les restes du septum sur les parois supérieure et inférieure.

Au tiers inférieur de la cavité, les restes de la cloison sont plus apparents et le septum vertical est presque au complet à l'entrée du vagin.

L'utérus unicorne est en antéflexion et latéroflexion gauche.

Diagnostic : Utérus unicornis, vagin double, rupture postpartum de la cloison sagittale.

La malade demande qu'on la stérilise, car l'état de ses poumons est tel qu'il lui est impossible d'envisager une nouvelle grossesse. Et l'opération analogue à celle décrite lors du premier cas, et ayant pour but la réfection totale de la cloison, est décidée.

Résultats de l'opération : Le nouveau vagin droit, en cul-de-sac, est nettement plus large que le gauche, et permet facilement l'introduction des doigts.

Les suites opératoires furent normales.

Examen du vagin droit à la fin de la deuxième semaine après l'opération.

A la partie moyenne de la cloison, deux points de suture avaient cédé, occasionnant la formation de deux fistules intervaginales.

Il était impossible d'examiner le vagin gauche, de par l'étroitesse de son conduit.

Deux semaines plus tard, nouvel examen.

Les communications entre les deux vagins étaient nettement moins importantes que lors de l'examen précédent. La fistule inférieure permettait à peine le passage d'une sonde très fine.

Le premier coït, très douloureux, eut lieu deux mois après l'opération. Quatre mois plus tard, les rapports sexuels étaient toujours douloureux, mais malheureusement il fut impossible de suivre la malade plus longtemps.

L'intérêt du premier cas réside dans ce fait que la malformation vaginale était cause de la stérilité de la malade. Il est d'autre part incompréhensible que les deux médecins consultés sur la cause de la stérilité n'aient établi aucun rapport entre elle et la malformation.

Dans la deuxième observation, la malade, malgré le cloisonnement longitudinal, put accoucher d'un enfant à terme normalement constitué.

OBSERVATION N° 4

Vagin cloisonné — Utérus unique

Observation résumée (Weil).

Jeune femme de 17 ans, enceinte. Toucher vaginal pratiqué pour la première fois dans la dernière quinzaine de la grossesse. Ce premier examen ne décèle rien de bien spécial.

Nouvel examen pratiqué deux jours après : « A notre grand étonnement, nous ne pouvons atteindre le col. Le doigt ne permet d'arriver que sur le segment inférieur. Le toucher pratiqué par différentes personnes donne des résultats différents, les uns trouvant l'utérus et le col normalement constitués, les autres étant dans l'impossibilité de percevoir un col. On songe alors à un cloisonnement longitudinal du vagin ».

Un examen plus attentif de la malade, après écartement des grandes lèvres, permet de constater l'existence d'une masse charnue, située verticalement, de telle sorte qu'il existe deux orifices vulvaires accolés en canon de fusil. En écartant les lèvres avec deux valves latérales, on constate que des deux côtés de cette masse se trouve une entrée distincte. Des deux côtés, les membranes sont déchiquetées, mais l'hymen du côté gauche est moins déchiré que celui du côté droit.

L'exploration digitale des deux côtés de la cloison, pratiquée en introduisant un index de chaque main de part et d'autre de cette cloison, permet de constater que la cloison est absolument complète et que, nulle part, il n'existe de communication entre les deux vagins. Ctte cloison est d'une épaisseur égale dans toute sa longueur, son épaisseur est d'environ un centimètre. Sa consistance est charnue. Son insertion inférieure répond à environ trois centimètres en arrière du tubercule vaginal antérieur. Sur tout son trajet, elle s'insère très régulièrement sur la crête médiane qu'offrent les parois vaginales antérieure et postérieure.

La malade n'ignore pas la particularité anatomique qu'elle présente. Elle raconte, en effet, qu'elle a déjà constaté, en prenant ses injections, l'existence de cette masse qui l'obligeait à

prendre son injection en deux fois. Elle s'était également aperçue de cette anomalie en pratiquant le coït. Le coït par le conduit gauche était particulièrement douloureux, et la malade pratiquait autant que possible le coït du côté droit.

Par le conduit du côté gauche, on n'arrive pas sur le col utérin, on a la sensation d'être dans un cul-de-sac. Le conduit droit permet, au contraire, d'arriver sur un col très mou et situé en avant, presque derrière la symphyse.

Le toucher rectal ne permet d'arriver que sur un globe utérin unique.

La question de l'intervention se pose, car que va-t-il arriver avec cette cloison distendue par la tête du foetus ? Une hémorragie est à redouter. D'autre part, on hésite à créer une plaie si peu de jours avant la délivrance, plaie qui peut servir de porte d'entrée à l'infection.

On décide donc de s'abstenir, non sans appréhension.

... Au bout de 36 heures de travail, accouchement d'une fille mort-née se dégageant en O.I.G.A. Immédiatement après, entre l'accouchement et la délivrance, hémorragie violente, sang coulant en nappe, ne s'arrêtant que par des injections très chaudes.

La délivrance artificielle est alors pratiquée un quart d'heure environ après l'accouchement. Elle se fait sans difficulté particulière.

L'hémorragie continuant après la délivrance, on pratique alors un tamponnement serré du vagin et l'hémorragie s'arrête.

L'autopsie de l'enfant est pratiquée presque tout de suite... On ne découvre aucune malformation. En particulier, l'examen le plus minutieux des organes génitaux n'a décelé aucune anomalie.

... Les suites de couche ont été simples Le toucher permet de constater que la cloison s'est déchirée régulièrement, dans sa partie médiane On constate, sur les parois antérieure et postérieure du vagin, l'existence d'une crête muqueuse et saignant facilement, mais il n'y a plus qu'un seul conduit.

Les vestiges de la cloison ont peu à peu complètement disparu, et la vulve a repris l'aspect habituel.

Le toucher vaginal, pratiqué de la façon la plus minutieuse, ne permet de constater qu'un seul corps utérin. La femme étant mise en position déclive, il est impossible de trouver un second utérus. Le toucher rectal donne les mêmes résultats. On trouve un utérus unique, les annexes sont normales.

L'examen au spéculum ne révèle rien de particulier ; il semble donc bien qu'il s'agit d'un cloisonnement du vagin, longitudinal, antéro-postérieur, sans qu'il y ait en même temps bifidité de l'utérus, comme cela se voit pourtant généralement. Il semble, par conséquent, que la théorie müllérienne soit en défaut, et il nous faut chercher une autre explication embryologique. Peut-on admettre que le processus de résorption de la cloison puisse se faire exceptionnellement de haut en bas, alors qu nabituellement il se fait de bas en haut ? Ce ne saurait être qu'un hypothèse et de faible valeur, car elle se trouverait formellement démentie par l'embryologie.

Mentionnons encore que notre malade est de petite taille, soit 1 m. 56. Elle aurait marché tard. Les jambes sont légèrement incurvées. Les dents chevauchent les unes sur les autres. La voûte palatine est ogivale. La malade est peu intelligente, incapable de tout travail suivi. Les parents sont normaux.

OBSERVATION N° 5 (résumée)

Vagin cloisonné avec utérus simple

HOLSTE : *Zentralbl. für Gynaek.*, 1913

Les deux vagins, séparés par une cloison médiane, sont d'égales dimensions et permettent l'introduction facile de deux doigts. Des deux côtés, les restes de l'hymen sont visibles.

La cloison apparaît hos de la vulve, sous la forme d'une masse rougeâtre ayant la grosseur d'une figue.

Le vagin droit se termine en cul-de-sac à sa partie supérieure.

Le vagin gauche mène à un utérus normal, de même que les annexes.

Pour la femme, la sensation non douloureuse est absolument identique, que le coït soit pratiqué à droite ou à gauche.

OBSERVATION N° 6 (résumée)

In thèse Champeil, Montpellier, 1926

Vagin bifide. Impossibilité d'accomplir l'acte conjugal. Guérison après resection de la cloison.

En 1896, le docteur Bousquet est consulté par un jeune ingénieur de ses amis, marié à une fort jolie personne présentant tous les attributs de la jeune femme, et lui raconte que, malgré tous ses efforts, il est obligé de rester à l'entrée du sanctuaire de l'amour, dans lequel il lui est impossible de pénétrer.

Le plaignant étant fort bien constitué à tous les points de vue, il fallait conclure à priori que, malgré les belles apparences de la partie adverse, c'était elle qui devait être déficiente.

A l'examen, le docteur Bousquet reconnut l'existence de deux cavités vaginales distinctes, ou mieux d'une cavité vaginale séparée en deux par une cloison médiane.

Au-dessus, tout à la partie supérieure du vagin, on sentait un utérus qui, par le toucher rectal, a semblé normal.

Après la destruction de la membrane à l'entérotome de Dupuytren, tout est rentré dans l'ordre et, un an après, la jeune femme donnait naissance à un garçon.

OBSERVATION N° 7

Petit Lardier (*Thèse de Paris*, 1907)

Adèle P..., âgée de 27 ans.

L'examen du vagin montre l'existence d'une lame charnue, insérée sur presque toute la hauteur de la paroi vaginale

droite. L'extrémité inférieure de cette lame est à un centimètre environ au-dessus du plan passant par l'orifice vulvo-vaginal. L'extrémité supérieure répond à un plan horizontal passant par l'orifice externe du col.

La largeur maximum de cette lame est à sa partie moyenne. A ce niveau, elle atteint deux centimètres; elle s'effile progressivement à mesure qu'on se rapproche de ses extrémités.

Sa consistance est molle, sa surface ne présente pas de replis. Son épaisseur, plus grande au niveau du point d'implantation, est de trois à quatre millimètres.

La muqueuse qui la recouvre se continue sans interruption avec la muqueuse de la paroi vaginale.

La malade n'a jamais eu d'enfant, pas de fausse couche.

Le coït n'est pas douloureux.

Rien de particulier à noter dans l'état général; la malade ne présente pas d'autres malformations. Elle se refuse à une intervention pour une anomalie qui e la gêne en aucune façon.

En somme, il s'agit d'un cloisonnement longitudinal incomplet du vagin; la cloison présente un bord droit adhérent, un bord gauche libre. Il n'y a aucun trouble local dû à cette malformation.

OBSERVATION N° 8

Observation résumée par le docteur Michaux

Bulletin Société anatomique (1907)

Cloisonnement partiel du vagin. Utérus unique et normal

Il s'agit d'une jeune fille présentant un cloisonnement longitudinal partiel du vagin.

Le vagin gauche, normalement développé, conduit sur le col de l'utérus. Contre sa paroi droite, on trouve, au-dessus de l'hymen simple, une cavité aplatie, ouverte à ses deux extrémités dans le vagin, dont elle est séparée par une cloison épaisse. La hauteur de cette cloison est de 7 à 8 centimètres.

Une pince courbe, introduite par l'orifice inférieur, sort librement à 1 ou 2 centimètres au-dessous du museau de tanche; elle se mobilise facilement d'avant en arrière.

OBSERVATION N° 9

M. Boheme

(*Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie*, 1931)

Cloisonnement congénital complet d'organes génitaux féminins.

Femme de 36 ans, examinée pour troubles intestinaux et génitaux vagues.

A l'examen, par un toucher à l'aide de deux doigts, on trouve deux vagins *d'égal calibre*, absolument distincts et cloisonnés jusqu'en bas. Au fond de chacun d'eux, on sent un seul col, le droit assez gros, le gauche beaucoup plus petit. Chaque col a un orifice de taille appropriée.

Au niveau du segment inférieur, on perçoit la réunion de ces deux cols en une seule matrice.

A l'inspection des organes génitaux externes, on voit que les deux vagins sont indépendants et très bien formés chacun pour leur propre compte jusqu'en bas. En écartant les grandes lèvres, on trouve deux orifices entourés des restes des deux hymens actuellement rompus. La cloison intermédiaire est épaisse et s'avance formant même une lèvre médiane intermédiaire.

Au point de vue fonctionnel, cette malformation n'a donné lieu qu'à des troubles peu marqués, si bien que ni la femme ni le mari ne se sont jamais doutés de celle-ci, quoique les deux vagins aient été utilisés. Mariée depuis sept ans, la femme n'a pas eu d'enfant, et n'a pas fait de fausse-couche. On lui avait déconseillé d'être mère pour des raisons relevant d'un tout autre motif que de sa malformation (mauvais état général, adénites suppurées, bacillose). La femme a remarqué simplement qu'en prenant des injections, parfois elle se faisait mal (quand la canule touchait la cloison médiane).

OBSERVATION N° 10

PETIT LARDIER (*Thèse de Paris*, 1907)

Cloisonnement sagittal partiel du vagin avec utérus normal

25 *avril* 1906 : Nous avons eu l'occasion d'examiner Hélène R..., 29 ans, présentant un cloisonnement sagittal du segment inférieur du vagin.

Cette cloison s'insère, en avant, à trois centimètres au-dessus de l'orifice vulvo-vaginal, se porte en arrière et en haut, et se termine sur la colonne musculaire postérieure du vagin.

La cloison, haute de deux à trois centimètres, est légèrement tordue sur son axe, de telle sorte qu'en arrière elle présente deux faces, droite et gauche. De consistance fibreuse, cette cloison se trouve assez fortement tendue lorsqu'on écarte les grandes et petites lèvres. Elle est située bien au-dessus de l'hymen dont on aperçoit les débris. Elle est plus haute à sa partie moyenne qu'à ses extrémités.

La malade raconte qu'au cours du coït elle ressent parfois de vives douelurs, avec sensation de tiraillement; il est probable que le pénis bient buter sur la bride qui s'oppose à son intromission. Le doigt, introduit dans le vagin, bute sur cette cloison fibreuse, il peut facilement contourner sa face inférieure et arriver sur le museau de tanche. L'utérus est normal, tant dans son volume que dans sa mobilité.

Rien aux annexes. Pas d'accouchement, ni de fausse couche antérieure. Menstration régulière, pas de leucorrhée.

A noter une syndactilie des deux premières phalanges de l'index et du médius de la main droite.

1er *mars* 1906 : La malade a ses règles. Quelques jours après, nous réséquons la cloison entre deux fils placés au niveau de ses points d'implantation. Ceux-ci sont cautérisés au thermocautère.

Revue un mois après, la malade dit que le coït n'est plus douloureux. Au toucher, on sent sur les parois antérieure et postérieure, au niveau des points d'implantation de la cloison, deux petits nodules cicatriciels.

OBSERVATION N° 11

MM. H. Géraud et A. Girault

Bulletin et Mémoires de la Société Anatomique de Paris
(Février 1907)

Note sur un cas de vagin cloisonné

Marie P... se présente à la consultation de chirurgie de l'hôpital Beaujon, en septembre dernier. Elle se plaint de douleurs abdominales et de pertes blanches.

Nous trouvons à l'examen une néphroptose droite et, en faisant le toucher vaginal avec deux doigts (index et médius), nous remarquons, avec surprise, que chacun de ceux-ci pénètre dans un vagin distinct. Assurément un toucher vaginal, fait sans regarder, et avec un seul doigt, selon la façon habituelle, eût laïssé ce détail inaperçu... En pratiquant le toucher vaginal comme nous le disons, l'index et le médius étant présentés à la vulve, la main en supination, on sent immédiatement une membrane antéro-postérieure qui sépare les doigts explorateurs. Les conduits droit et gauche n'ont entre eux aucune communication, une injection colorée poussée dans l'un ne pénètre pas dans l'autre. La cloison séparatrice commence au niveau de l'hymen dilaté, où elle est charnue et épaisse, puis s'amincit dans le fond du vagin.

La cavité gauche se termine en cul-de-sac sur le côté du col utérin, celle de droite aboutit, comme dans un vagin normal, au col utérin normalement constitué... On voit entre, les deux doigts de l'aide placés respectivement dans chaque cavité, une cloison médiane semblable à la muraille qui sépare certains tunnels jumeaux. Cette membrane paraît constituée par un double repli de la muqueuse vaginale, elle ne s'oppose nullement au coït et ne pourrait constituer un obstacle lors d'un accouchement.

Toujours bien réglée, mariée depuis quatre ans, notre sujet n'a jamais eu ni grossesse ni fausse-couche.

Ajoutons qu'elle s'était bien rendu compte de l'existence de ces deux orifices vaginaux qu'elle croyait une disposition nor-

male. Nous lui avons demandé dans quel vagin pénétrait le pénis lors des rapports sexuels, ce qui avait une importance au point de vue fécondation, cette dernière ne pouvant s'effectuer que par le vagin de droite, mais nous n'avons pu avoir aucun renseignement précis. Toutefois, si nous considérons les dimensions, la disposition et la constitution de ces deux vagins, nous pensons pouvoir conclure que le pénis peut pénétrer aussi facilement dans chacun d'eux.

L'embryologie explique facilement cette anomalie. On sait, en effet, que le vagin se développe aux dépens de la partie inférieure des canaux de Müller, d'abord séparés l'un de l'autre, puis accolés et séparés seulement par une cloison, puis enfin réunis en un conduit unique par la résorbtion de cette cloison. Le vice de conformation qui nous occupe doit être précisemment attribué à la persistance de cette cloison.

OBSERVATION N° 12 (résumée)

L. et R. Dieulafé

(*Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris* (1929)

Cloisonnement longitudinal du vagin

Ces deux auteurs citent le cas d'une femme chez qui l'utérus paraît normal dans la constitution du corps et de l'isthme, *où le museau de tanche est divisé en deux portions* par l'insertion de la cloison longitudinale, et où la cavité vaginale est séparée dans toute sa hauteur en deux conduits, dont l'un a les dimensions normales, et dont l'autre, beaucoup moins spacieux, paraît n'avoir eu aucune utilité fonctionnelle.

Le vagin droit était d'aspect tout à fait normal et se terminait en haut sur un col, lui aussi d'aspect normal et pourvu d'un orifice qui conduisait à une cavité utérine que l'exploration à l'hystéromètre avait fait considérer comme ayant la constitution habituelle. Le vagin gauche avait l'aspect d'un diverticule en forme de longue excavation conduisant jusqu'au

col utérin. La séparation est complète entre les cavités droite et gauche, celle-ci, quoique rudimentaire, s'élargit considérablement sous l'influence de l'exploration digitale. La portion intravaginale du col est très asymétrique par suite de l'insertion de la cloison longitudinale et elle paraît imperforée; elle doit donc correspondre à un utérus atrophique accolé à l'utérus principal.

Dans toute la zone de séparation entre les deux cavités, la cloison est très épaisse. Sa bordure dans l'aire de l'orifice vulvaire est très épaisse aussi et la surface irrégulière. Le sang des menstrues s'écoule par le vagin droit. La femme n'a pas eu de grossesse.

On pense avoir affaire à un utérus double avec insertion cervicale de la cloison. Mais on pourrait être en présence d'un utérus simple.

OBSERVATION N° 13 (résumée)

A. Deschamps (ancien assistant à la Clinique d'accouchement et de gynécologie de Strasbourg).

Vagin double avec Hydrocolpos

(*La Gynécologie,* 1929, page 204)

Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans. L'anomalie qu'elle présente avait été remarquée par les parents pour la première fois à l'âge de 9 mois, au cours de soins de toilette.

En écartant les grandes et petites lèvres, l'orifice vaginal paraît complètement fermé par une membrane rouge, tendue, à aspect de muqueuse. Le cloisonnement est complet, puisqu'il a pu se développer une collection de liquide complètement isolée du vagin droit.

Avec un vagin double, toutes les formes anatomiques de l'utérus sont possibles, depuis l'utérus didelphe, jusqu'à l'utérus simplement arqué.

Nous savons aussi que l'utérus peut être tout à fait normal. Dans ce cas, le vagin se termine en cul-de-sac contre le col et Breizky signale que fréquemment le vagin fermé contourne en légère spirale le vagin ouvert.

OBSERVATION N° 14 (résumée)

WIART et SUREAU

Sur un cas d'utérus double avec vagin partiellement double

(in : *Gynécologie et obstétrique*, n° 2, février 1925)

Les auteurs ont cité à la société de chirurgie l'observation d'une malade de 32 ans, présentant un utérus double enlevé par hystérectomie abdominale, avec vagin partiellement double. Cette femme avait fait en 1915 un avortement provoqué par manoeuvres intra-utérines.

L'examen fit porter le diagnostic de périmétrosalpingite bilatérale, gros utérus de forme irrégulière, brides vaginales très probablement d'origine traumatique.

L'hystérectomie abdominale totale permit de se rendre compte qu'ils y avait deux cols utérins et deux vagins. Les deux corps utérins étaient en partie séparés et les deux cols disposés en canon de fusil. Il existait deux cavités utérines avec cloison intercavitaire continue.

Le col gauche présentait un vagin appliqué étroitement en collerette, comme un prépuce étroit.

Le diagnostic d'utérus double ne fut pas fait, la cloison séparant les deux vagins paraissant être une bride cicatricielle, résultant de l'avortement provoqué.

OBSERVATION N° 15

Sur un monstre double

(LITTRÉ : *Histoire de l'Académie royale des sciences*, 1705, page 47)

« Quand l'uniformité de la nature semble se démentir, rien ne doit plus exciter l'attention du philosophe. » M. LITTRÉ, en disséquant une petite fille, morte à l'âge de deux mois, trouva qu'elle avait le « vagin partagé par une espèce de cloison en deux cavités égales, l'une à droite, l'autre à gauche, de manière

cependant, que la cloison n'était entière, et ne formait deux cavités absolument séparées que depuis le milieu du vagin jusqu'à la matrice particulière qui avait son orifice, son cou, son fond, le tout parfaitement séparé de la matrice voisine, mais parfaitement semblable en figure, en consistance, en dimensions.

Les deux matrices, depuis le cou jusqu'à une certaine profondeur, n'étaient que comme une seule, partagées en deux par une cloison, mais leurs fonds étaient entièrement distincts et détachés l'un de l'autre. Chaque matrice n'avait qu'un ovaire et qu'une trompe et qu'un ligament large. »

Après avoir étudié les singularités qui auraient pu survenir dans les accouchements de cette petite fille, Littré termine par de curieuses considérations pathogéniques :

« Si tous les animaux ont été immédiatement formés par la main du Souverain Ouvrier, on ne peut guère s'empêcher de croire que ceux d'une même espèce ont été formés entièrement semblables et que les configurations ou dispositions extraordinaires de parties viennent de quelque accident fortuit du développement des oeufs, et les monstres, du mélange de plusieurs oeufs. Mais comment cette matrice double a-t-elle pu être l'effet d'un accident fortuit du développement ? Il est difficile de l'imaginer. Ces accidents peuvent détruire, déplacer, altérer quelques parties, mais pas en produire de nouvelles. Serait-ce que deux oeufs femelles se seraient attachés ensemble et que toutes les parties auraient péri, excepté la matrice qui, par conséquent se serait trouvée double sur le foetus résultant de ce mélange ? Cette supposition paraît un peu forcée et peut-être, cependant, n'y a-t-il rien de plus recevable ? »

NOTIONS D'EMBRYOLOGIE

Tout à fait au début de la genèse du vagin, nous arrivons à rencontrer le « mesonephros » duquel dérivera «le corps de Wolff ». Chaque vésicule mésonephrotique s'ouvrira dans le « canal excréteur primitif » qui prend le nom « de canal de Wolff ».

Le corps de Wolff présentera alors quelques particularités qui serviront surtout pour le développement de l'appareil génital, entre autres, l'existence d'un cordon saillant formant le bord antérieur de l'organe. C'est le cordon « uro-génital » contenant dans sa partie antérieure le canal de Wolff en position intermédiaire et le « canal de Müller » externe.

a) Formation du canal de Muller

Né d'une invagination de l'épithélium coelomique dans la partie supérieure et latérale du mesonephros, le canal de Müller prolifère en direction caudale vers le cloaque. Ce canal est ouvert à son extrémité supérieure dans la cavité coelomique par un entonnoir cilié. Vers son extrémité inférieure, il croise en avant le canal de Wolff et passe sur la face interne de ce dernier pour s'adosser sur la ligne médiane, au canal de Müller du côté opposé. Les deux canaux ainsi accolés viennent buter contre la face postérieure du sinus uro-génital, soulevant cette paroi en une petite saillie médiane, le tubercule de Müller (Professeur Dubreuil).

Au-dessous de leur croisement, les quatre canaux groupés sur la ligne médiane constituant « le cordon génital de Thiersch ».

Contrairement à ce qui se passe chez l'homme, ce sont les portions wolffiennes qui disparaissent chez la femme, ou ne laissent que des vestiges, tandis que les canaux de Müller donnent naissance à la trompe, à l'utérus et au vagin.

Les canaux de Wolff dans l'évolution femelle tendent à disparaître au cinquantième jour. Il est probable que leur portion terminale fusionne avec la portion inférieure du canal vaginal, dans la portion dite hyménéale, mais les canaux de Wolff ne donnent aucun diverticule du vagin chez la femme, même sous forme d'anomalies (Professeur Dubreuil).

b) Formation du Sinus uro-génital

Le rectum, la vessie, l'urèthre et le sinus uro-génital dérivent du cloaque.

Le cloaque est la partie borgne de l'intestin postérieur se terminant en cul-de-sac. Une coupe transversale montre sa forme ovale, l'axe le plus long étant en position dorso-ventrale, la face ventrale se terminant à angle aigu. Par cet angle ventral, le cloaque vient au contact de l'ectoderme et fusionne avec lui formant ainsi la membrane cloacale, composée alors de deux assises d'épithélium : ectoderme et endoderme (Tourneux, 1888 ; Born, 1894).

Chez les embryons de 1 mm. 38 la longueur du cloaque est de 90 μ ; celle de la membrane cloacale de 20 μ. La membrne cloacale va se diviser en mmbrane uro-génitale, et membrane anale, séparées par une saillie transversale : le bourrelet anal (ébauche du périnée). La membrane anale ferme la portion dorsale du cloaque où débouche le rectum.

Une première division, due à l'abaissement du septum uro-rectal (ou éperon périnéal) sépare totalement le tiers dorsal, du reste du cloaque, formant ainsi le rectum. Les restes du cloaque se divisent ensuite en urèthre et sinus uro-génital.

Cette division du cloaque débute chez les embryons d'une longueur comprise entre un minimum de 4,9 mm. et un maximum de 5,3 mm.

Dans le sinus uro-génital débouchent :

1° Le canal excréteur primitif du pronephos ou canal de Wolff du mésonéphros.

2° Le canal allantoïdien.

c) Formation du Canal utéro-vaginal

Dans les deux sexes, l'union des deux canaux de Müller se fait à l'intérieur du cordon génital, et le canal impair, ainsi constitué prend le nom « de canal utéro-vaginal ».

L'accolement a lieu au plutôt chez des embryons de 22 mm. et au plus tard chez ceux de 28,5 mm. Le sexe ne semble avoir aucune influence sur la date précoce ou tardive de cet accolement, qui débute dans le second quart du canal utéro-vaginal et progresse ensuite dans les deux directions.

Tandis que chez les embryons mâles, l'accolement a lieu tout de suite dans les portions horizontales et terminales des canaux de Müller, jusqu'à leurs extrémités aveugles, chez les embryons femelles, ces portions restent distinctes encore longtemps. Leur union n'apparait que chez les embryons femelles de 50 mm. de long chez lesquels la longueur du canal utéro-vaginal est alors de 2.000 μ.

Les deux canaux de Müller sont accolés de telle sorte qu'ils forment un contour externe unique, sauf dans leurs portions terminales où la dualité est toujours apparente, mais à l'intérieur du canal utéro-vaginal, chacun d'eux a encore sa propre cloison médiane (fig. 6). Plus tard, les

Fig. 6

Vue postérieure du canal utéro-vaginal
(embryon de 29 mm. de long)

1. Portion utérine.
2. Portion vaginale.
3. Canal de Wolff.
4. Sinus uro-génital.

(D'après Félix : in Human Embryology)

deux cloisons médianes fusionnent entre elles pour former un septum qui est ensuite résorbé. Fréquemment, le canal utéro-vaginal se trouve placé en position oblique et de plus les canaux de Müller changent de position, durant leur accroissement, l'un devenant plus ventral que l'autre, formant ainsi une spirale tordue.

Le canal utéro-vaginal ainsi formé est un long tube. Il descend à la verticale, parallèlement à la face postérieure de la vessie et de l'urètre, et tourne presque à an-

gle droit, au niveau du tubercule de Müller, c'est-à-dire à la limite entre l'urèthre et le sinus uro-génital. Il devient alors horizontal et s'ouvre dans le sinus.

La portion verticale est longue, tandis que l'horizontale est tout à fait courte.

La coupe transversale du canal utéro-vaginal est ovale, aplatie. Au début, sur toute la surface du canal on trouve un épithélium cylindrique unistraphié, exception faite pour la portion horizontale, celle-ci étant complètement remplie d'un épithélium polymorphe.

Chez les embryons de 38 mm. apparaissent les différences entre l'épithélium de la portion tubaire de l'utérus et celui du canal utéro-vaginal.

La portion tubaire de l'utérus est formée par les parties supérieures des deux canaux de Müller qui restent séparés, après la formation du canal utéro-vaginal (fig. 7).

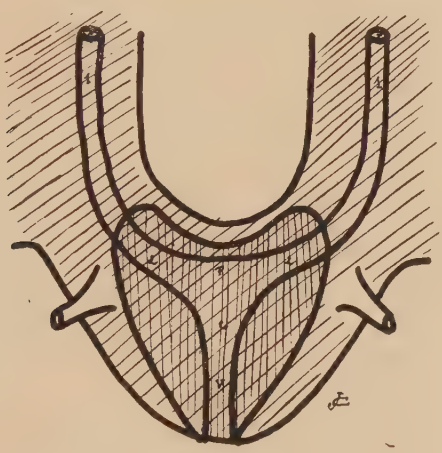

Fig. 7

1. : Canal de Müller.
2. : Portion tubaire de l'utérus.
F : Fond utérin.
C : Col utérin.
V : Vagin.

(D'après Félix : in Human Embryology)

Dans la portion tubaire de l'utérus on a affaire à un épithélium cylindrique unistraphié, tandis que, dans le canal utéro-vaginal, il s'agit d'un épithélium pluristratifié, la couche superficielle étant parfois cylindrique, d'autres fois cubique.

L'épithélium pluristratifié apparait d'abord dans la partie craniale et s'étend progressivement en direction caudale, jusqu'à ce qu'il rencontre l'épithélium vésiculaire qui progresse en direction ascendante à partir de la portion horizontale du canal utéro-vaginal. Cette fusion des deux épithéliums a lieu chez les embryons de 70 mm. L'épithélium vésiculaire remplit totalement la lumière du canal.

Vers le milieu du quatrième mois foetal, trois régions peuvent être distinguées dans les canaux utérin et vaginal, grâce aux différences de leur épithélium.

Le quart supérieur, creux est revêtu d'un épithélium cylindrique simple, c'est le futur corps utérin.

Le deuxième quart, creux également, est revêtu d'un épithélium cylindrique pluristrafié, c'est le futur col utérin.

La moitié distale enfin, est remplie d'un épithélium polymorphe qui comble sa lumière, c'est le futur vagin.

Donc, le col utérin et le vagin dérivent uniquement du canal utéro-vaginal (Félix).

Le corps utérin dériverait plus spécialement de la portion tubaire de l'utérus, c'est-à-dire des deux cornes utérines qui existaient primitivement et se sont ensuite dilatées pour former la grande cavité utérine (Félix) (fig. 7).

d) Développement du Vagin

Du troisième au sixième mois (suivant les auteurs) la portion vaginale est formée de la façon suivante :

La paroi utéro-vaginale s'épaissit dans toutes les dimensions, au cours du troisième mois et dans la portion

vaginale l'épithélium dessine une double projection dorsale et ventrale, qui progresse « en forme de pelle » dans le mésenchyme (Félix). Il faut voir là les ébauches des futurs culs-de-sac antérieur et postérieur du vagin, le premier étant moins important que le second. Tous deux forment la limite supérieure du vagin (fig. 8).

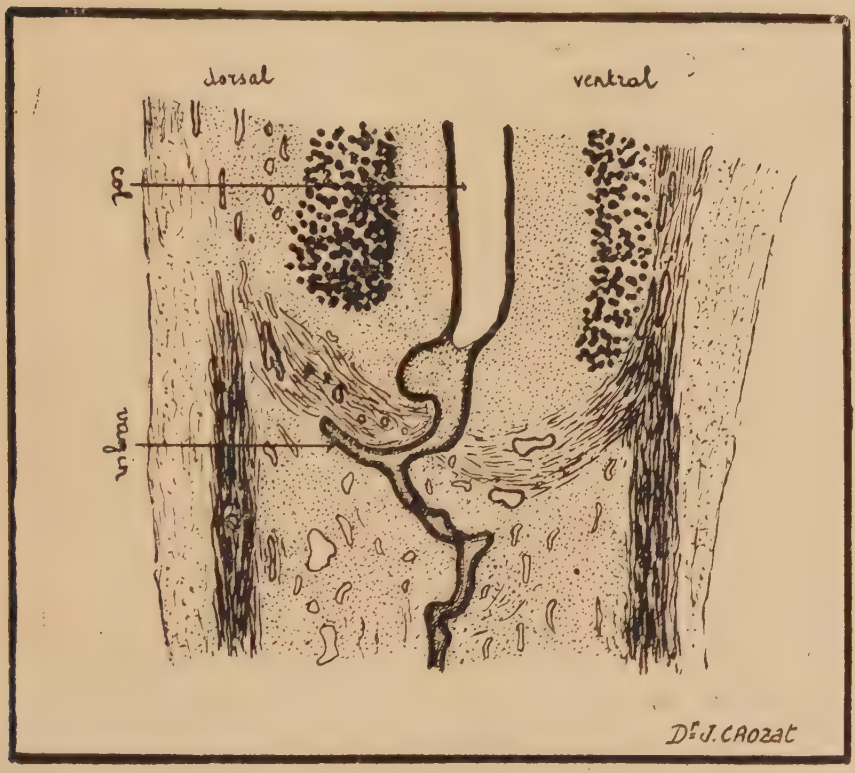

Fig. 8
Coupe médiane et longitudinale du canal utéro-vaginal au niveau de la portion vaginale chez un embryon de 260 mm.
(D'après Félix : in Human Embryology)

C'est seulement après la formation des deux culs-de-sac que le vagin primitivement plein se creuse d'un canal, dont la lumièr apparaît chez les embryons de 150 à 200 mm. de long (Nagel, 1891), dans la portion distale du vagin.

Ce canal est formé par l'effondrement des cellules centrales et la transformation des cellules périphèriques en un épithélium stratifié cubique qui devient plus tard stratifié pavimenteux. Cette transformation a pour point de départ la portion distale et progresse ensuite en direction craniale.

L'épithélium du vagin est dès lors un épithélium pavimenteux pluristratifié, celui du col un épithélium cylindrique stratifié.

La limite inférieure du vagin est formée par l'hymen qui provient du tubercule de Müller.

La partie distale du canal utérovaginal fusionne avec l'épithélium du sinus uro-génital, et ce point de fusion persiste sous forme d'une masse solide d'épithélium tandis que le reste du vagin se creuse d'une lumière.

Le vagin, s'élargissant en forme d'ampoule immédiatement au-dessus du tubercule de Müller, ce dernier, comprimé, prend la forme d'un disque, revêtu d'un côté par de l'épithélium vaginal et de l'autre par un épithélium provenant du sinus uro-génital.

Les deux couches d'épithélium et le mesenchyme forment l'hymen.

La majeure partie des notions embryologiques que nous venons d'exposer sont tirées des théories de Félix et celles exposées par le Professeur G. Dubreuil. Citons cependant les opinions de différents auteurs.

Les uns confirment ces théories :

Pour Koelliker, Thiersch, Fuerst l'utérus et le vagin sont exclusivement formés aux dépens des canaux de Müller.

D'autres au contraire les infirment.

Pour Pozzi, les canaux de Müller, ne forment pas la totalité du vagin. Le segment tout inférieur de ce conduit est non d'origine müllerienne, mais d'origine ectodermique comme la vulve et ses dépendances.

« La partie antérieure du sinus uro-génital se déprime vers la profondeur, formant un cul-de-sac, ou sac vestibulaire de Legay. C'est dans le canal vestibulaire que s'ouvrent les canaux de Müller de telle sorte que le vagin a une double origine : müllerienne et sinusiale ». (Pozzi, communications à l'Académie de Médecine, 1907). Bolk (1907) a émis la même théorie, ainsi que Retterer.

Pour Muller-Rathke, l'utérus et le vagin sont des évaginations du sinus uro-génital.

Quoiqu'il en soit, comment des organes normalement uniques et simples, comme le vagin et l'utérus peuvent-ils se développer aux dépens des canaux de Müller primitivment doubles ?

Nous avons vu précédemment que les canaux de Müller sont distincts à leur partie supérieure, mais accolés sur la ligne médiane dans la partie inférieure. De cet accolement des deux canaux résulte une fusion complète qui débute au commencement du troisième mois. Elle commence à mi-hauteur de la portion située dans le cordon génital. Elle progresse plus vite vers le haut que vers le bas (Professeur Dubreuil). Au début ce n'est qu'un accolement et plus tard, la cloison entre les deux canaux se résorbe de bas en haut (Félix).

Pour Kolmann et Wiemersheim, cités par Piquand, les deux processus d'accolement et de fusion commencent à la partie supérieure des canaux de Müller (mais tous les fais pathologiques vont à l'encontre de cette opinion).

D'après Ombredanne et Martin (Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1903) le rapprochement s'étend de bas en haut du col au corps ainsi que la fusion.

Piquand pense que la résorption débute à la partie inférieure du canal de même que Faure et Siredey. Pour Tourneux (Précis d'embryologie humaine, 1898, p. 244) « la fusion débute, suivant les mammifères vers le milieu

du cordon génital, ou à l'union de son tiers inférieur avec ses deux tiers supérieurs, puis elle s'étend peu à peu vers ses deux extrémités ».

Pozzi pense que le processus de résorption se fait de bas en haut, de telle sorte que de la huitième à la onzième semaine de la vie intra-utérine, il va se former un canal unique vaginal et utérin.

Enfin, d'après les recherches de Furst, il résulterait que la cloison épithéliale qui sépare les deux canaux de Müller persiste jusqu'à la douzième ou quatorzième semaine dans sa partie inférieure, alors qu'elle a déjà complètement disparu dans sa partie supérieure.

PATHOGENIE ET ETIOLOGIE DES CLOISONNEMENTS LONGITUDINAUX ET CONGENITAUX DU VAGIN

Les mémoires de Debierre, Tourneux, Legay, Pozzi en France, de Meckel, Koelliker, Fuerst en Allemagne, ont attiré l'attention sur l'importance de la question embryologique, au point de vue de l'interprétation des malformations vaginales.

Deux cas peuvent se présenter.

1° Le vagin double coïncide avec un utérus double et ce fait s'explique facilement, les deux canaux de Müller sont restés distincts dans toute la portion qui constituera le conduit utéro-vaginal, soit qu'il y ait eu défaut d'accolement ou défaut de résorption de la cloison médiane.

2° Le vagin double peut coïncider avec un utérus unique et normal. Les canaux de Müller sont restés distincts dans leur portion caudale.

Avant les travaux de Félix ce cas était inexplicable, par la seule théorie müllerienne, et certains auteurs avaient admis que les deux processus d'accolement et de fusion commencent à la partie supérieure des canaux de Müller pour progresser par la suite en direction cranio-caudale (Kolmann, Wiemersheim). Mais nous savons déjà que cette théorie est en contradiction avec l'embryologie.

Dans sa thèse, Petit-Lardier, proposait une interprétation spéciale des cloisonnements longitudinaux de vagin.

« Puisque, dit-il, comme l'ont montré les recherches de M. le Professeur Pozzi, le vagin possède une double origine, puisqu'il est formé par l'union du segment inférieur des canaux de Müller et du canal vestibulaire, on pourrait admettre que ces deux segments ne se sont pas fusionnés ; mais que sous une influence inconnue, le canal vestibulaire s'est développé d'une façon considérable, est allé à l'encontre des canaux de Müller, mais n'a pu se fusionner avec eux. Les deux conduits ont empiété l'un sur l'autre sans s'aboucher en chevauchant ».

Mais la théorie de Pozzi, de même que celles de Bolk, Retterer, Muller-Rathke, qui affirment au vagin une double origine, müllerienne et sinusiale ou ectodermique, sont inexactes, car « si cela était vrai, l'hymen ne pourrait pas correspondre au tubercule de Müller, mais serait alors une néo-formation à côté du sinus uro-génital,, ce qui est contraire à l'observation embryologique directe » (Félix).

D'autre part, comment expliquer la formation du double vagin si celui-ci provient du sinus urogénital ? Il en serait de même pour les simples brides hyméneales.

Pozzi, à l'appui de sa théorie, citait le cas de vagin double, dont l'un est un vagin borgne latéral interne ou externe.

Mais le vagin borgne latéral interne peut très bien s'expliquer par un rétrécissement ou un arrêt de développement du canal de Müller du même côté, au niveau de la partie supérieure du vagin, ou bien par une coalescence de la cloison primitive avec une des parois du vagin.

En ce qui concerne le vagin borgne latéral externe, l'explication est de même facile.

En effet, les canaux de Müller n'atteignent pas en même temps le tubercule de Müller. Le canal gauche arrive au niveau du tubercule au plus tôt chez des embryons de 21 mm. ; le droit chez ceux de 28,5 mm.

Mais l'union du canal avec l'épithélium du sinus urogénital ne se fait pas immédiatement. Chez les embryons de 45 mm. les extrémités aveugles des canaux de Müller pénètrent à l'intérieur de l'épithélium stratifié du sinus, elles n'arrivent cependant pas à sa surface mais sont séparées de la cavité du sinus par une couche superficielle d'épithélium cylindrique qui disparait seulement chez les embryons d'une longueur de 70 mm. (Félix).

Il suffit donc que cette mince couche d'épithélium subsiste et se double d'une lame conjonctive pour que l'on ait affaire à un vagin borgne latéral externe.

Il arrive enfin que l'utérus double coïncide avec un vagin simple, ou cloisonné seulement dans sa partie supérieure comme dans le cas présenté par Wiart et Sureau.

Il faut alors supposer que la résorption de la cloison primitve ne s'est faite qu'en direction caudale.

Lorsque la cloison existe sous forme de spirale il ne faut voir là que la persistance d'un état foetal. Nous savons en effet que par suite de l'obliquité fréquente du canal utéro-vaginal, les canaux de Müller ne sont pas sur un même plan frontal et changent leur position durant leur accroissement « formant en quelque sorte une spirale tordue » (Félix).

Nous voyons donc que la théorie müllerienne peut suffire à expliquer les cloisonnements longitudinaux du vagin, coïncidant ou non avec des malformations utérines.

Quelle est la cause des cloisonnements congénitaux du vagin ?

La dupulicité du vagin existe à l'état normal chez les marsupiaux, fait dû, comme l'a montré Tourneux, à une disposition spéciale des uretères. Ces conduits, au lieu d'embrasser dans leur courbure le cordon génital, s'engagent entre les canaux de Müller et empêchent leur coalescence. Chez l'embryon humain, on n'a rien pu trouver de pareil.

C'est pourquoi la notion d'origine congénitale des cloisonnements fut longtemps battue en brèche par les auteurs allemands (Nagel, Veit, Meyer) qui les attribuèrent d'abord à une origine infectieuse. Ils durent admettre plus tard que le cordon de Müller, lésé pendant le développement embryonnaire pouvait aboutir à une formation isolée du vagin.

Les hysterectomies pratiquées chez des femmes présentant des malformations utéro-vaginales, n'ont donné lieu au cours de l'intervention à aucune constatation de trace de péritonite fœtale.

Thiersch, *Peck*, Landau ont émis l'hypothèse d'une inclusion de débris wolffiens, et Piquand avait pensé à une inclusion en forme de coin, aboutissant à la formation d'un septum qui n'a pu se résorber.

Quoiqu'il en soit de l'étiologie des cloisonnements longitudinaux du vagin, notre cas n'apporte aucun éclaircissement, c'est pourquoi il ne nous appartient pas de conclure à ce sujet.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET SYMPTOMATOLOGIE

Les cloisonnements longitudinaux du vagin se présentent sous différents aspects :

Ils seront complets ou incomplets, c'est-à-dire occupant ou non toute la longueur du vagin (observations I, II, III, IV).

Ils seront de même totaux ou partiels, selon qu'ils s'allongent sur toute la hauteur du vagin, ou qu'ils ne l'occupent qu'en partie (observation VII).

Nous aurons enfin affaire à des cloisons acquises ou congénitales ; les dernières seules, entrant dans le cadre de cet ouvrage.

La cloison peut être sagittale, séparant par conséquent deux vagins droit et gauche, c'est le cas le plus fréquemment observé.

Dans quelques cas la cloison semble tordue en hélice (Breyski) de telle sorte que l'un des conduits vaginaux semble s'enrouler autour de l'autre.

La hauteur de la cloison est très variable. La lame charnue peut présenter un bord libre flottant dans la cavité vaginale. Lorsque le cloisonnement est complet, il existe un épaississement dans les parties supérieure et inférieure du septum, la portion moyenne étant nettement plus mince (observation II).

Les extrémités inférieures des deux vagins répondent à la vulve. Les orifices sont accolés en canon de fusil, dans quelques cas l'un est ovalaire, l'autre en croissant. L'hymen peut être double. Généralement il est unique, ce qui confirme une fois de plus la théorie müllerienne. Une variété spéciale est constituée par le vagin borgne latéral interne ou externe (Pozzi).

Dans le premier cas, le col de l'utérus ne s'ouvre que dans un seul vagin (observation II).

Dans le deuxième cas, l'extrémité inférieure de l'un des deux vagins est fermée, il ne communique avec l'autre que par un bord supérieur (observation XIII).

Tantôt la cloison vaginale se termine en avant du museau de tanche par un bord libre. Le col de l'utérus s'ouvre alors dans les deux vagins à la fois (observation I).

Tantôt la cloison s'insère sur le museau de tanche qui peut être ainsi divisé en deux portions, ou bien elle sépare deux cols s'ouvrant chacun dans un vagin différent (observations XII et XIV).

L'épaisseur de la cloison varie entre 1 cm. et quelques millimètres. Sa consistance est généralement molle et élastique, le spéculum la déprime facilement. D'autres fois elle est tendue et donne au toucher une sensation de dureté fibreuse. Ce fait a une grosse importance au point de vue du diagnostic et au point de vue obstétrical.

Par suite du peu de fréquence de la disposition médiane de la cloison, il est rare que les dimensions des deux vagins soient égales. Les avis des auteurs sont différents au sujet de la perméabilité respective des deux vagins.

Leurs affirmations s'appuient sur des cas concrets. Les uns disent que lorsque la cloison est complète, c'est généralement le vagin sur lequel s'insère le col utérin qui est le mieux développé. Petit-Lardier, élève de Pozzi, s'est fait le défenseur de cette théorie dans sa thèse.

Pour les autres, et ils sont plus nombreux, le vagin dans lequel s'abouche l'utérus est généralement très peu développé tandis que l'autre en cul-de-sac est plus large et plus facilement accessible (Zomakion, Eymer, etc...).

Personnellement nous avons observé que le vagin gauche est généralement moins accessible que le droit, la position du col utérin étant indifférente.

Remarquons enfin, que le coït fréquemment répété a une grande influence sur les dimensions du vagin.

DIAGNOSTIC

Les cloisonnements longitudinaux du vagin passent le plus souvent inaperçus et le diagnostic ne peut être fait qu'à l'occasion d'un examen gynécologique attentif.

Tant que la disposition de la cloison médiane la fait facilement découvrir, le diagnostic ne présente généralement aucune difficulté.

Il se peut pourtant que la cloison soit plus rapprochée de l'une des parois vaginales ou bien appliquée contre elle, ce qui peut entraîner une erreur de diagnostic en cas de malformation utérine concomitente. En effet, l'utérus gravide peut être pris comme une tumeur annexe de l'utérus, palpable par le vagin dont la cloison passe inaperçue.

On peut être mis sur la voie du diagnostic par les constatations personnelles des malades, soit qu'elles s'en aperçoivent en prenant des injections ou en pratiquant le coït. Mais le plus souvent elles ignorent ces malformations ou bien considèrent comme normale la présence des deux orifices vaginaux.

Lorsque les malformations de l'utérus sont combinées à des malformations vaginales elles peuvent donner lieu à des accidents qui, au dire des auteurs, en sont souvent l'apanage et permettent ainsi de faire le diagnostic. Un des cas les plus typiques dans ce genre est le cas de Ferenczi, cité par Wiart et Sureau. Une femme était régulièrement réglée tous les 14 jours, à un moment donné,

elle ne le fut que tous les 28 jours. L'un des deux utérus était devenu gravide.

On a prétendu aussi que l'un des accidents qui devait faire songer à la possibilité de ces malformations utéro-vaginales était la répétition des avortements, et Bayard, cité par Kussmaul, a observé chez une femme quatorze avortements successifs. Il n'en est pas moins vrai qu'au dire de Tarnier et Budin : « La grossesse va ordinairement à terme ». Et Bousquet a rapporté 46 cas de malformations avec 108 grossesses.

D'autres fois, ces mêmes malformations peuvent donner lieu au syndrome presque caractéristique de l'hématocolpos et de l'hématométrie dont nous n'avons pas ici à rappeler les caractères.

Mais le plus souvent, il n'y a ni douleurs au cours des rapports sexuels, ni troubles caractérisés de la menstruation.

De plus, dans les cas de cloisonnements du vagin, sans malformation utérine, les accidents de rétention ne se produisent pas, sauf dans le cas de vagin borgne latéral externe (Descamps).

C'est alors que le diagnostic dont dépend le traitement rationnel n'est pas toujours fait.

Les renseignements les plus nets sont fournis par le toucher bi-digital, l'index et le médius de la même main, étant introduits simultanément dans les deux vagins. On se rend ainsi facilement compte de l'existence d'une cloison, de son épaisseur, de sa consistance.

On pourra apprécier si le cloisonnement est partiel ou total également par le toucher bi-digital, les pulpes des doigts introduits de chaque côté de la cloison étant en regard l'une de l'autre.

Dans les cas où les doigts ne peuvent atteindre la limite supérieure de la cloison, ou lorsque celle-ci est mince, membraneuse, rendant le contact des doigts difficiles à apprécier, on pourra avoir recours aux manœuvres

classiques employées pour les fistules à l'anus, par exemple.

Si on pousse une injection de permanganate dans un des conduits vaginaux, il sera facile de se rendre compte si le liquide passe dans le conduit opposé.

On pourrait aussi introduire dans un des conduits une longue pince courbe ou un clamp et rechercher si on peut en sentir ou en voir l'extrémité au fond du vagin, à l'aide d'un speculum ou de deux valves.

Ajoutons que ces divers examens étant généralement très douloureux, et toujours difficiles, il y a intérêt à les pratiquer sous anesthésie générale.

Le diagnostic de vagin cloisonné une fois posé, il est de toute nécessité, de pratiquer un palper combiné abdomino-vaginal, complété par un toucher rectal, afin de faire un examen soigneux de l'utérus et de préciser son volume, sa consistance et sa mobilité.

Enfin, l'hysterosalpingographie est d'un intérêt indiscutable et permet de poser un diagnostic aussi complet que possible.

Le diagnostic différentiel est à étudier, lorsque l'on a affaire à un vagin borgne latéral compliqué d'hydrocolpos, d'hématocolpos, ou de pyocolpos. Dans ce cas, la confusion peut surtout être faite avec les kystes du vagin (Guinard).

Freund (1877) en Allemagne, puis Potherat (1897) en France, avaient admis que la plupart des kystes du vagin avaient pour origine la rétention muqueuse, sanguine ou purulente dans un vagin borgne latéral. Mais l'anatomie pathologique est en contradiction avec cette théorie, la plupart des kystes du vagin ayant une origine embryonnaire (ils se forment au dépens de débris wolffiens (Piquand).

Le thrombus du vagin ne peut guère prêter à confusion. Consécutif à l'accouchement, il se développe très rapidement et diffuse vers la vulve et le périnée. L'hématocèle sous-péritonéale enfin, peut être confondue avec l'hémacotocolpos latéral, surtout lorsque l'un des deux vagins contourne l'autre.

La collection parait alors postérieure par rapport au vagin principal.

PRONOSTIC

« Toutes les malformations utérines et vaginales sont compatibles avec les fonctions physiologiques normales de la femme en pleine activité génitale... ».

Cette affirmation de MIHAILESCO, chirurgien des hôpitaux de Jessy en Roumanie, n'est pas vraie dans la majorité des cas.

Il est évident qu'au point de vue de l'écoulement menstruel, celui-ci n'est en rien influencé par l'existence d'une cloison (les cas de vagin borgne latéral externe mis à part).

La copulation est généralement possible dans le moins étroit des conduits vaginaux.

D'autres fois, les phénomènes douloureux qui peuvent se produire au cours du coït sont très marqués au point de faire craindre les rapprochements sexuels par les femmes présentant des malformations vaginales.

Il arrive également que l'acte conjugal soit impossible à accomplir (BOUSQUET) (observation VI).

La cloison vaginale peut de même apporter un obstacle sérieux à la fécondation, surtout si le vagin borgne est le seul accessible (ZOMAKION) (observations II et III).

Au point de vue obstétrical, le cloisonnement longitudinal peut être cause de dystocie par suite de la difficulté de franchissement de l'obstacle.

Après rupture de la cloison, l'expulsion de l'enfant peut se faire rapidement, trop vite même, d'où déchirure du périnée quasi inévitable si l'épisiotomie n'est pas faite.

Mais généralement le seul accident qui se produit est la déchirure de la cloison au moment de la traversée vagino-vulvaire (observation IV).

Cette déchirure peut entraîner une hémorragie très abondante, et peut devenir la porte d'entrée de l'infection.

Mais l'accouchement peut se faire sans incident (grande élasticité de la membrane, ou bien l'un des deux vagins étant nettement plus perméable que l'autre). Il arrive alors souvent que la membrane reste hypertrophiée et tende à s'extérioriser hors de la vulve. Kermauner dut, de ce fait, abraser une telle membrane longue de 5 cm. et épaisse de 1 cm. qui était prolabée.

TRAITEMENT

L'opération ayant pour but la suppresion de la cloison vaginale, doit être faite aussitôt que cette malformation a été diagnostiquée, afin d'éviter les complications, tant d'ordre physiologique, chirurgical ou obstétrical, que sentimental qu'elle peut comporter.

La technique simple en fut décrite pour la première fois en 1874 (Gehrung, Amer. Journal of Med. Sciences).

L'opération se fait habituellement sous anesthésie générale, mais elle peut être conduite sans anesthésie préalable (Zomakion).

La façon de procéder diffère suivant les auteurs.

Certains sectionnent la cloison entre deux pinces ou après avoir ligaturé à l'aide de deux fils ses bases d'implantation, qu'ils détruisent ensuite au thermocautère (Petit-Lardier).

D'autres ont recours à l'enterotome de Dupuytren dont une des branches, appliquée de chaque côté de la cloison est laissée en place jusqu'à sa chute (Bousquet).

Les plus nombreux, enfin, resèquent la membrane sagittale après avoir ligaturé de proche en proche ses bases d'implantation. Une mèche iodoformée, ou des compresses imbibées de substances antiseptiques sont ensuite placées dans la cavité vaginale.

Un procédé tout particulier a été décrit par Zomakion.

En effet, cet auteur allemand agissait en sorte que les fonctions physiologiques de ses malades deviennent

normales, mais gardait la possibilité de refection de la cloison au cas où ses clientes le lui demanderait un jour.

Il envisageait ensuite la possibilité d'instituer chirurgicalement une telle cloison chez des femmes ne l'ayant pas présentée auparavant. « Cette opération, dit-il, d'une technique simple en même temps que très peu traumatisante pourrait prendre une place prépondérante parmi les techniques de stérilisation ». D'après lui, le genre de vie de la femme ne subirait de ce fait aucun dérèglement et la patiente serait alors libérée de la nécessité de s'adresser à certains préservatifs. « D'autre part, la stérilisation accomplie par les méthodes habituelles, indépendamment du traumatisme dont elle est la cause, enlève tout espoir de maternité future, inconvénients que ne présenterait pas la technique précédemment exposée ».

Ainsi qu'il la décrite, la technique de Zomakion, nous a paru pour le moins curieuse, et nous nous abstiendrons de tout commentaire à son égard.

Nous terminerons l'étude du traitement des cloisonnements longitudinaux du vagin, par l'examen des problèmes qu'ils posent, lorsqu'ils sont diagnostiqués seulement au moment de l'accouchement.

On peut attendre, si l'on peut dire, l'épreuve du travail. La cloison très élastique arrivant à se plaquer sur une des parois vaginales, n'apporte aucun obstacle au passage du fœtus, ou bien elle empêche vraiment la progression fœtale.

Dans ce dernier cas Mihailesco recommande alors de sectionner la cloison sans crainte. Après la délivrance, l'hémorragie sera combattue par les tamponnements vaginaux qui s'avèrent généralement suffisants.

Mais si on redoute une hémorragie par trop abondante par suite de l'importance de la cloison, on peut être amené à pratiquer un césarienne abdominale (Max Cheval) qui supprimerait à la fois les dangers d'une hémorragie brutale et réduirait au minimum ceux d'une infection post partum.

CONCLUSIONS

Après l'étude des diverses observations, dont nous avons rapporté les plus intéressantes, nous avons acquis la conviction que les malformations des organes génitaux de la femme sont plus nombreuses qu'on pourrait le supposer.

(Une statistique allemande donne un pourcentage de 0,2 % de malformations utéro-vaginales pour 7.400 femmes examinées).

La rareté qui leur est attribuée provient probablement du seul fait qu'elles passent souvent inaperçues.

Il est presque évident qu'un organe de développement aussi compliqué que celui de l'utérus et du vagin, puisse présenter des malformations dans son évolution, chacune d'elle représentant un stade bien défini du développement embryonnaire (Félix, Fuerst).

Suivant que la fusion des canaux de Müller est partielle ou complète on aura :

Utérus : bicornis, saeptus, subsaeptus, simplex.

Vagina : saepta, subsaepta, simplex.

Et à chaque type de malformation vaginale, peuvent correspondre tous les types de malformation utérine et vice-versa (Félix).

Avec un vagin double, il est donc possible de rencontrer un utérus didelphe, bicorne, biloculaire ou simple.

D'après la classification d'Ombredanne et Martin, Guilleminet et Michon, cités par le Professeur Péry, on

fait une statistique portant sur 54 cas de vagin double. Les différents types de malformations utérines étaient ainsi répartis :

Type I : utérus didelphe 7 cas.
» II : » pseudo-didelphe 18 cas.
» III : » bicorne 22 cas.
» IV : » biloculaire total 6 cas.
» V : » biloculaire corporeal 1 cas.
» VI : » biloculaire cervical 0 cas.

mais ils n'ont pas mentionné les vagins cloisonnés avec utérus simple.

Pourtant, et c'est là le fait principal qui se dégage de notre étude ,le vagin cloisonné partiel ou total peut très bien exister en même temps qu'un utérus simple. (Marchand l'avait laissé entendre dès 1894, mais n'apportait aucune preuve).

On pourra toujours objecter que la coexistence d'un vagin double avec un utérus unique n'est qu'apparente et qu'il existe un utérus plus ou moins atrophié passé inaperçu.

C'est pourquoi nous avons cru nécessaire, pour compléter l'examen clinique, et afin de montrer que dans notre cas, il s'agissait bien d'un utérus simple, de faire pratiquer l'hysterosalpingographie. Elle a décelé l'injection *simultanée* des deux trompes au lipiodol, affirmant bien par là, la présence d'un utérus simple. Car nous savons que dans les cas d'utérus double ou d'utérus cloisonné, chaque utérus, et à plus forte raison, chaque corne utérine ne possède qu'une seule trompe et un seul ovaire. Et enfin, Bender a rapporté le cas, également indiscutable, avec autopsie d'une femme présentant un vagin complètement cloisonné avec un utérus unique. (Bulletin et Mémoires de la Société Anatomique de Paris, février 1907).

D'autre part et c'est le deuxième but que nous nous étions proposé d'atteindre, il nous paraît que la théorie müllerienne telle que l'ont précisée d'une manière définitive, semble-t-il, les exposés du Professeur Dubreuil et les travaux de Félix, est suffisante pour expliquer tous les cas de malformations vaginales, coïncidant ou non avec des malformations utérines.

Et celui que nous avons observé apporte précisément une nouvelle confirmation à la théorie müllerienne. La cloison vaginale provenait du fait que la fusion ne s'était pas produite complètement de haut en bas. Rappelons à ce propos « que la fusion commence à mi-hauteur de la portion située dans le cordon génital, et qu'elle progresse plus vite vers le haut que vers le bas » (Professeur Dubreuil).

De plus, Rémy avait remarqué à propos d'un cas de cloisonnement qu'il avait observé aux 2/3 inférieurs du conduit vaginal : « Lorsqu'on se rappelle que la soudure des deux canaux de Müller commence au milieu du cordon génital, on s'explique le vagin double avec utérus simple ».

Enfin, nous savons que dans leur partie caudale, les canaux de Müller accolés, gardent cependant une marque de leur dualité primitve, qui, même à l'état normal, disparait la dernière, et qui, par conséquent peut très bien donner lieu à une cloison vaginale en tous points semblable à celle que nous rapportons dans notre observation princeps, puisqu'elle en occupait primitivement la place.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
R. DUPERIÉ

VU, BON A IMPRIMER,
Le Président,
DUBREUIL.

Bordeaux, le 18 juin 1946

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,
Le Recteur
A. MARCHAUD

BIBLIOGRAPHIE

AIMES. — Cloisonnement vertical du vagin reconnu au cours d'une grossesse. — *Montpellier Médical,* n° 4, année 1943, p. 398.

ANDREASON. — Développement anormal du vagin (*Brit. M. J.,* 2, p. 211, 3 aug. 1935).

BENDER (X.). — Malformation du vagin. — *Société Fr. de Gyn.,* février 1938, p. 85.

CASSIN. — *Archives de Tocologie* (1880).

CHEVAL (Max). — Utérus double, vagin double. Grossesse utérus droit. Césarienne. — *Bruxelles Médical,* 1925.

CHOTEAU. — Des cloisonnements du vagin d'origine congénitale. — *Thèse,* Lille, 1893-94.

CLÉMENTI. — Etude obstétricale des atrésies et cloisonnements acquis ou congénitaux du vagin. — *Thèse,* Strasbourg, 1939-40.

DESCAMPS. — Vagin double avec hydrocolpos. — *La Gynécologie,* 1929, p. 204-210.

DIEULAFÉ (L. et R.). — Cloisonnement longitudinal du vagin. — *Bulletin Soc. Obst. et Gynéc.,* Paris, 1929.

DOBIS. — Grossesses et malformations génitales (*Zentrbl. f. Gyn.,* p. 2958-2968, 14 déz. 1935).

DUBREUIL (G.). — Embryologie humaine (2e édition), p. 299-328-329-339.

EYMER. — Contribution à la symtomatologie et au traitement de l'utérus didelphe (*Zentrbl. f. Gyn.,* 1923, p. 291).

FÉLIX. — *Human Embryology* (1912), p. 911 et suivantes.

GÉRAUD (H.) et GIRAULT. — Notes sur un cas de vagin cloisonné (*Bull. et Mém. Soc. Anat. Paris,* février 1907).

GROSS. — Vagin double avec utérus simple (*Zentralbl. f. Gyn.*, 1924, XLVIII, 10, 582.

HOLSTE. — Vagin cloisonné avec utérus simple (*Zentralbl. f. Gyn.*, XXVIII, 161-166).

KERMAUNER. — Les défauts de fusion des canaux de Müller (*Zeitschr. f. Geburtsch. und Gyn.*, 1913, T. LXXII, Hft 3).

LE LORRIER. — Utérus double et vagin double (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn.* 23, 61, 17 nov. 1934).

LITTRÉ. — Sur un monstre double (*Histoire de l'Académie royale des Sciences*, 1705, p. 47).

MANOLESCU. — Influence des malformations utéro-vaginales d'origine congénitale sur la vie génésique de la femme (*Thèse*, Paris, 1896-97).

MARCHAND. — Vagin double et utérus unique (*Zentralbl. f. Gyn., Leipzig*, 1904, p. 161-166).

PETIT-LARDIER. — Contribution à l'étude des malformations congénitales du vagin (*Thèse*, Paris, 1907-1908).

PIQUAND. — *Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale* (1910), T. XV, p. 456.

RIVALTA. — Contribution à l'étude des malformations congénitales de l'Hymen et du Vagin (*Thèse*, Paris, 1898-99).

SCHMIDT. — Sur un cas de vagin double (*Monatschr. f. Geburtsch. und Gynäk.*, p. 233, jan. 1935).

TOURNEUX. — Précis d'embryologie humaine (1898).

WIART et SUREAU. — Sur un cas d'utérus double avec vagin partiellement double (*La Gynéc.*, 1925, p. 492).

ZOMAKION. — Deux cas d'une opération particulière d'un vagin double (*Zentrbl. f. Gynäk.*, 1925, p. 2021-2027).

TABLE DES MATIERES

I. — Introduction 13

II. — Historique 15

III. — Observations 19

IV. — Notions d'Embryologie : 43

a) *Formation du canal de Müller* 43

b) *Formation du sinus uro-génital* 44

c) *Formation du canal utéro-vaginal* 45

d) *Développement du vagin* 48

V. — Pathogénie et étiologie 53

VI. — Anatomie pathologique et Symptomatologie .. 57

VII. — Diagnostic 61

VIII. — Pronostic 65

IX. — Traitement 67

X. — Conclusions 69

XI. — Bibliographie. 73